

# EINVERSTÄNDISERKLÄRUNG

## 医療用委任状

Sollte mein/unsere Kind .....

万一私・私たちの子供が Name, Vorname 姓名

geb. am 生年月日

wohnhaft in 住所

sofortige ärztliche Hilfe benötigen, bin ich/sind wir

緊急の医療措置・治療を必要とする場合、私・私たちは

Name, Vorname, geb. am wohnhaft in 姓名、生年月日、住所

Name, Vorname, wohnhaft in 姓名、生年月日、住所

damit einverstanden, dass die Behandlung durch einen klinischen Arzt bzw. einen Notarzt eingeleitet werden kann.

臨床医もしくは救急医による治療措置がなされても良い事を承認します。

Krankenversicherungsträger 健康保険会社名

Name des Versicherungsnehmers 健康保険受給者名 (子供の父または母)

Kassennr. 健康保険会社番号 Versichertennr.健康保険番号 Gütig bis 有効期限

Ich bin/ Wir sind zu erreichbar unter Tel. Nr.

私・私たちの電話連絡先

Sollte ich/solleten wir nicht erreichbar sein, bitte an:

私・私たちと連絡が取れない場合、次の委任者と連絡をとってください。

Name einer Vertrauensperson 委任者

Tel. Nr. 電話番号

Datum (日付):

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten:

保護者の署名